

私（依頼者）は、次の内容について説明を受け、理解し、確認しました。 ①今回の試算額は、下記の条件で計算した場合の国保税額であること。 ②今回の試算額は、国民健康保険税額の「目安」となる値を計算するものであること。 ③税額の当初決定通知は、毎年7月（随時は月末）であり、試算額と異なる場合があること。	確認印

北上市国民健康保険税試算依頼書

令和 年 月 日

1. 依頼者記入欄

住 所				電話番号	
ふりがな		生年月日			
窓口に来た人		M・T・S・H 年 月 日			
試算する年度		年度分			
加入者氏名 (生年月日)		世帯主 (加入・未加入)	世帯員① (被保険者)	世帯員② (被保険者)	世帯員③ (被保険者)
		M・T・S・H 年 月 日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日
加 入 期 間	始	H. R . .	H. R . .	H. R . .	H. R . .
	終	H. R . .	H. R . .	H. R . .	H. R . .
所得額の把握		前年度収入・所得と同額で算定を希望する場合は下記記載不要（下にチェック）			
年分	給与収入	円	円	円	円
	公的年金収入	円	円	円	円
	その他所得	円	円	円	円
備考					

※給与・年金の場合は収入額を、農業・営業等の場合は所得額を記入してください。

2. 市民税課処理欄

本人確認	マ・免・パ・身・保・年・介・在・障・診・キ・ク・学・調・口・面 その他（ ）	受付者	点検者
使用目的	<input type="checkbox"/> 税額確認（比較） <input type="checkbox"/> 他保加入 <input type="checkbox"/> 社保離脱		
回答方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他（ ）		